

# **Lederutfordringer i klinisk virksomhet for ikke-spesialister?**

**- En kvalitativ undersøkelse blant DPS-ledere.**

**BE311E Masteroppgave**

**MBA i helseledelse**

**Else Heidi Johansen**

# ABSTRACT

The subject for my Master Thesis is management in hospitals. My main goal is to get a wider and deeper understanding for the challenges leaders without a psychology or a medical degree experience, during their everyday work as leaders, in psychiatric units.

To find out what kind of challenges the leaders faces, I have done a qualitative study, interviewing 5 leaders. The conclusion I have reached is based on theoretical information, similar studies, the interviews and my own experience.

This thesis shows that:

1. The leaders with the longest experience within the hospital organization have the least problems managing a clinical unit.
2. Leaders connect their reliability and their value as leaders, close to the knowledge to the profession they represent.
3. Management requires time, both to develop and to follow through.
4. The leaders put a great deal of focus on balancing between profession and administration. A hybrid-management seems to be a more accurate description on the kind of management many leaders practice, and not only unified management.

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven vært et spennende prosjekt, og jeg har kommet i mål. Å skrive denne oppgaven har vært en stor utfordring. Det har vært mange aktører som har bidratt til at jeg har kommet meg igjennom studiet, med helsa i behold. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene i oppgaven. De er flotte avdelingsledere, og jeg er takknemlig for å ha fått lov til å bruke av tiden deres. Samarbeidet med dem har vært nødvendig for å kunne finne ut mer om vår hverdag som avdelingsledere, så uten dem, ingen oppgave.

Jeg hadde aldri startet på dette Masterstudiet, hadde det ikke vært for min tidligere avdelingssjef, Sidsel Forbergskog. Hun gikk igjennom denne prosessen før meg og forsikret meg om at jeg kom til å klare det. Tusen takk, Sidsel.

Nå har jeg fått en ny avdelingssjef, Grete Andreassen. Hun lagt forholdene til rette for meg slik at jeg har fått ro til å jobbe konsentrert med oppgaven. Tusen hjertelig takk, Grete. Stor takk til mine kollegaer som har vært min heiagjeng, og som har gitt meg støtte og omtanke.

Takk til mine meddstudenter, spesielt Birgit. Du har vært en fryd å bli kjent med. Det har vært mange inspirerende diskusjoner, om studiet, arbeidspassen, musikk og andre viktige tema.

Høgskolen i Bodø har gjort seg fortjent til mye ros. Det har vært imponerende hvor mange fantastiske forelesere dere har klart å oppdrive. Takk for noen flotte turer, middager, arrangementer. Ikke minst takk til Anita Eide, som har vært vår alles reddende engel.

Inger Johanne, ingen over, ingen ved siden! Du har vært en utrolig sjenerøs veileder, for oss alle. Du forteller de råeste vitser, som får meg fremdeles til å le og rødme når jeg tenker på innslag fra deg under middagene. Fortsett med det!

Familien min! Guttene mine! Dere har vært mine støttespillere. Jeg vil bare si, foruten dere har dette aldri gått bra. Vel, nå er det deres tur, nå har dere all min oppmerksomhet!

Sandnessjøen, 12. januar 2010

Else Heidi Johansen

## **SAMMENDRAG**

Tema i denne oppgaven er ledelse i spesialisthelsetjenesten. Det har vært mange diskusjoner i etterkant av sykehusreformen, der det ble åpnet for profesjonsuavhengighet for ledere av klinikkavdelinger. Målet med oppgaven er at jeg ønsker å få en bedre forståelse av de utfordringer som avdelingsledere uten spesialistkompetanse står overfor, i sin hverdag med å lede en klinisk avdeling.

For å få et innblikk i avdelingslederens hverdag og de utfordringer dette innebærer, har jeg benyttet meg av kvalitativ forskningsdesign, med Distriktpsykiatriske senter, som utgangspunkt. Studien bygger på funnene i intervjuene, samt egne erfaringer og teori.

Oppgaven viser at:

1. Lederne med lengst erfaring opplevde minst problem med å lede en klinisk avdeling
2. Legitimitet for lederne var sterkt knyttet opp mot kjennskap til fag og organisasjonen
3. Ledelse tar tid, både å utvikle og gjennomføre.
4. Lederne var opptatt av å kunne balansere fag og administrasjon. Hybridledelse kan derfor være mer beskrivende form for ledelse, enn enhetlig ledelse.

Abstract.....	
Forord.....	
Sammendrag.....	
1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Problemstilling og definisjon av begrep.....	3
1.3 videre arbeid med oppgaven.....	4
2.0 Teori .....	5
2.1 Hva er ledelse .....	5
2.2 Lederrollen.....	6
2.3 Ledelse i organisasjon – kontekst og rammeverk.....	8
2.3.1 Ekspertorganisasjoner og ledelse.....	8
2.3.2. Ledelse i Distrikts psykiatriske senter .....	10
2.3.3 Enhetlig ledelse .....	11
2.4 Hvordan organisasjoner fungerer .....	14
2.4.1 Makt og konflikt i organisasjoner.....	14
2.4.2 Legitimitet og kommunikasjon.....	15
3.0 METODE .....	17
3.1 Innledning.....	17
3.2 Forskningsdesign .....	17
3.3 Valg av informanter.....	18
3.4 Innsamling av data.....	19
3.5 Studiens holdbarhet/troverdighet.....	20
4.0 EMPIRI.....	22
4.1 Ledelse og lederrollen .....	22
4.2 Ledelse i ekspertorganisasjoner.....	24
4.3 Enhetlig ledelse .....	27
4.4 Hvordan organisasjoner fungerer .....	29
4.4.1 Makt, samarbeid og konflikt.....	29
4.4.2 Legitimitet og støtte.....	30
5.0 ANALYSE .....	32
5.1 Ledelse tar tid .....	32
5.2 Ekspertorganisasjoner og enhetlig ledelse= Hybridledelse .....	34
5.3 Enhetlig ledelse .....	35
5.4 Hybridledelse.....	36
5.5 Rygggraden i organisasjonen: gruppen, individet og ledelsen .....	37
6.0 Konklusjon .....	40
LITTERATURLISTE.....	41
Vedlegg.....	43

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn

*”Tror du virkelig, en sykepleier, biokjemiker eller økonom kan være avdelingsleder på en klinisk avdeling og ha det totale ansvaret?”*

Dette spørsmålet kom i forbindelse med debatten omkring innføring av enhetlig ledelse. Irene Teslo, hovedtillitsvalgt og lege ved Ullevål universitetssykehus, påpekte i artikkelen, *”Enhetlig ledelse - nå må vi våkne”* (2002), hvor vanskelig kampen om hvem som skal være avdelingsledere, var for legene. Hun er overbevist om at det totale ansvaret på en klinisk avdeling kun kan innehas av lege med relevant spesialitet. Videre i artikkelen, var hun svært kritisk til at personer uten legeutdanning kunne inneha det totale og enhetlige ansvaret på en medisinskfaglig avdeling. Hun fryktet at legene ble omgjort til konsulenter for sykepleierstyrte sykehus.

Etter selv å ha erfart hvordan det er å være leder uten spesialistkompetanse, begynte jeg å søke informasjon om enhetlig ledelse. Etter hvert som jeg fikk mer og mer forståelse for enhetlig ledelse, ble jeg svært interessert i hvordan organiseringen av sykehusene fungerte, både i teorien og i praksis. Jeg fant mange artikler på internett, og jeg har registrert at det har vært stor debatt og engasjement omkring dette i fagmiljøene i sykehus. Det er forskjellige oppfatninger omkring enhetlig ledelse, men de fleste debattene dreier seg om kvalitet på de medisinskfaglige tjenestene og hvem som er kvalifisert til å lede kliniske avdelinger.

Som deltager ved dette masterstudiet har jeg hatt den glede å bli kjent med mange ledere, både spesialister og høgskoleutdannede, og situasjoner har oppstått der jeg har fått anledning til å diskutere enhetlig ledelse med bla. spesialister. Til min overraskelse mener enkelte fremdeles at der avdelingsledere uten spesialistkompetanse leder klinisk virksomhet, er det klart at det må være en lege som har det medisinskfaglige ansvaret, og en psykolog med det psykologfaglige ansvaret. Dette skjer på tross av Stortingets vedtak 1.1.2001 om innføringen av enhetlig ledelse, med en ansvarlig leder på alle nivåer ved sykehusene.

Dette blir en bekreftelse for meg på at det fremdeles må være utfordringer ved å lede klinisk virksomhet uten spesialistkompetanse. Jeg har gjort meg noen refleksjoner rundt ledelse generelt, og jeg lurar på om utfordringene med å lede er knyttet opp mot mangel på spesialistkompetanse. Dette er altså et spørsmål om hva som eventuelt oppleves som utfordringer. Etter å ha diskutert dette med flere ledere, er jeg blitt interessert i å studere hvordan ledere uten spesialistkompetanse opplever dette. Hvordan opplever de enhetlig ledelse, hvordan vil de beskrive sitt forhold til spesialistene og hvordan er samarbeidet mellom dem?

Jeg er avdelingsleder for voksenpsykiatrisk poliklinikk ved et lokalt DPS og vi har gjennomført enhetlig ledelse. De fleste av mine kolleger er som ledere ikke utdannet spesialister, men de har en 3-årig høgskoleutdannelse, og flere videreutdanninger.

Denne studien skal sette fokus på de utfordringer som møter ledere for klinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten, som *ikke* innehar spesialistkompetanse. Har avdelingslederne opplevelsen av at de praktiserer ”enhetlig ledelse”? Hvem er premissleverandørene for faget, og hvilke utfordringer står de ovenfor når de skal sørge for faglig forsvarlighet i hht sosial-og helsedirektoratets føringer?

.

Innen psykisk helsevern har man to spesialistgrupper, psykiatere og psykologspesialister. Dette er faggrupper som legger sterke føringer for hvilke terapeutiske tilnærminger som skal være gjeldende innen psykisk helsevern. Hvordan samarbeider disse gruppene, hvordan er det å lede spesialister? Er det større utfordringer med å lede disse enn andre faggrupper?

Jeg har i løpet av oppgaven hatt disse spørsmålene i tankene for etter beste evne å kunne svare på problemstillingen.

## **1.2 Problemstilling og definisjon av begrep**

*Lederutfordringer i klinisk virksomhet for ikke-spesialister?*

Mitt forskningsspørsmål inneholder disse begrepene: ledelse, utfordringer, klinisk virksomhet, spesialistkompetanse.

**Ledelse:** ”Ledelse er å oppnå mål gjennom andre mennesker”. Smaaland (2006)

**Utfordringer;** noe som krever kamp, hardt arbeid for å overvinnes (Bokmålsordboka 2008).

**Klinisk virksomhet** handler om å omsette faglig kunnskap i praksis på en slik måte at pasienten oppnår best mulige resultater (Statens helsetilsyn - utredningsserie 5-2001).

**Spesialisthelsetjenesten** omfatter sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenesten er organisert gjennom regionale helseforetak (Statistisk sentralbyrå 2008) **Spesialisthelsetjenesten** vil i oppgaven bli omtalt som sykehus.

**Spesialistkompetanse**, en person som innehar spesialisering fra sin utdanning, ekspert.(The Free Dictionary2008).

I oppgaven refereres det til psykiater og/eller psykologspesialist, dersom jeg omtaler en person som spesialist, eller en person med spesialistkompetanse.



### ***1.3 videre arbeid med oppgaven***

Jeg vil i det neste kapitlet ta med teori som jeg mener er relevant for å belyse temaet og problemstillingen. I metodekapitlet vil jeg si noe om det vitenskaplige perspektiv, den kvalitative metode vil bli nevnt, og jeg vil si noe om hvorvidt denne studien er troverdig og holdbar, og om den kan generaliseres. Valg av respondenter vil også bli beskrevet i metodekapitlet.

Empirien vil gjengi utsagn fra spørreundersøkelsen jeg har gjort blant ledere i DPS. Dette for å få knytte praksis til de teoretiske tilnærminger. Til slutt i empirikapitlet vil jeg ta ut noen hovedpunkter, jeg vurderer som viktige for å belyse problemstillingen. Disse punktene vil jeg drøfte mer inngående i analysekapitlet, hvor jeg vil komme med mine egne erfaringer og betraktninger.

I konklusjonen ønsker jeg å gjengi svar på spørsmål knyttet til problemstillingen, samt presentere forslag til videre forskning.

## 2.0 Teori

I teorikapitlet tar jeg for meg de teoriene som er viktige i forhold til problemstillingen. Jeg her valgt å dele de i hovedoverskrifter som belyser hver sin del av problemstillingen.

### 2.1 Hva er ledelse

Det er mange definisjoner på ledelse. Noen fokuserer på gruppeprosesser og betrakter ledelse som en effekt av sosial samhandling. Andre betrakter ledelse som spørsmål om personlighet eller evnen til å påvirke eller overtale. Noen betrakter ledelse som en maktrelasjon, og andre som et virkemiddel for og nå et mål (Jakobsen og Torsvik 2007). Uansett er ikke ledelse et entydig begrep, og de ulike ledelsesteoriene forklarer ledelse på ulike måter. Jakobsen og Torsvik (2007) tar utgangspunkt i at ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Når ledelse skjer innenfor rammen av en organisasjon, er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, motivere dem til å yte mer, og få dem til å trives i arbeidet. Uansett kompleksitet omhandler ledelse at det foregår på ulike nivåer som dels flyter over i hverandre (Jakobsen og Torsvik, 2007).

Det er altså en rekke faktorer som påvirker ledelse og danner sammenhengen vi må forstå ledelse i. Specialisthelsetjenesten er preget av å være store virksomheter og komplekse organisasjoner. Det siste tiåret har vi sett store overordnede reformer, der både de politiske og økonomiske rammene har endret seg. Samfunnets holdninger overfor profesjoner som leger og sykepleiere, er preget av "tvisyn". På den ene siden forstår samfunnet betydningen av å bruke spesialister som kan sitt fag. På den andre side er en redd for at profesjonene trekker sin kompetanse for langt, slik at de tjener sine egne interesser mer enn virksomheten og samfunnet (Grund, 2006). Grensedragningen mellom staten, markedet og yrkesgruppene diskuteres i flere land, og den endres over tid. Profesjonene har i de siste 30 år mistet makt både til politikere og markedet (Berg, 2005).

Et viktig trekk ved dagens sykehuspolitikk har vært å ansvarliggjøre institusjonene og lederne for å kontrollere profesjonene. Helsevesenet trenger tydelige ledere som har myndighet til å fatte beslutninger og vilje til å prioritere, selv når konsekvensene kan bli ubehagelige. Ledelse, både på toppnivå og de mange mellomnivåer i sykehusene, krever kompetansemessig autoritet mer enn formell posisjon. Organisering og ledelse må utøves med fleksibilitet og fasthet, lederne må ha faglig kompetanse og autoritet (Grund, 2006).

## **2.2 Lederrollen**

Det å være leder er en rolle som ikke er helt som andre roller i en organisasjon. For ledere handler det om å mestre situasjoner mens en erkjenner og er i stand til å leve med motsetninger, konflikter, usikkerhet, dilemmaer og tvetydighet. Ledere arbeider gjennom andre. De koordinerer mennesker og er avhengige av å ha oppslutning, samarbeidsvilje og informasjon (Strand 2007).

I årene fremover stilles det spesielt store krav til at sykehusene utvikler gode modeller og forebygger kvalitetssvikt. Gjennom endringer utvikles det nye lederroller som gjør at ledere oppfattes som ledere av alle ansatte ved avdelingene. Lederne må fungere som tilretteleggere og veiledere og samarbeide med seg sterke faggrupper. De har fått det totale ansvaret for drift, resultater og personale. Lederne må ofte vinne autoritet og tillit, og det kjempes mange interne ”kamper”. Overlegegruppen/spesialistene med stor grad av autonomi og selvfølelse, kan se ut til å ha vanskeligheter med å akseptere ledelse som en handling og ikke som administrasjon. Skal reformene lykkes, må det arbeides med å utvikle rolleforståelse hos ledere og organisasjonsenheter som skal stå for implementeringen (Grund, 2006).

Selv om man i NOU 1997:2 ”Pasienten først!” gav uttrykk for at den enkelte leder selv måtte utforme sin personlige rolle, innebærer dette utfordringer for den enkelte avdelingsleder. Det forventes at vedkommende skal utøve lederskap og administrere de nødvendige rutiner. I avdelingslederens stillingsinstruks presiseres stillingens totalansvar. Selv om oppgavene er definert og delt opp i flere underpunkter, sier ikke stillingsinstruksen noe om hvordan oppgavene skal prioriteres eller utføres. Det sies heller ikke hvilken vekt det legger på de enkelte oppgavene. Om de har egne faglige oppgaver i

tillegg, blir det opp til den enkelte avdelingsleder å prioritere dette (Myhre, 2004). Skal lederne bli flinke til å prioritere, handler det mye om å lære seg å takle forstyrrelser. Det vil si at brudd i stabile strukturer, hvor endringer og nye elementer som ikke er planlagt, bringes inn. Å lære å leve med forstyrrelser er å lære å takle endringsprosesser, turbulens og høy kompleksitet. Å lære og leve med usikkerhet, tvetydighet og kaotiske endringsprosesser, er å mestre lederrollens krav (Johannessen og Olsen, 2008).

Ledere er handlende organisasjonsmennesker med videre mandat og større påvirkningsmuligheter enn andre medlemmer av organisasjonen. Strand (2007) ser på en fremstilling av lederrollen og ledelsesoppgaver kan deles inn i fire funksjonelle områder. Videre sier Strand (2007) at ledelse kan måles mot iverksettelsen av organisasjonens behov på disse fire områdene:

- Produksjon: å sette mål og drive frem resultater.
- Administrasjon: å gjøre nytte av systemer og strukturer og utvikle dem.
- Integrasjon: å skape felles oppfatninger og styrke medlemmenes tilknytning til organisasjonen.
- Entreprenørskap: å forholde seg aktivt til omverdenen, utnytte muligheter og avverge trusler.

En slik tilnærming har i følge Strand (2007) visse begrensninger, fordi lederrollen er mangfoldig, men det sier noe om at det finnes mange varianter og tilnærminger, og tilnærmingen viser de ulike utfordringer ledere må forholde seg til. Paradokser og dilemmaer oppstår når ledere virker over flere felter og må tilfredsstille mange funksjonskrav. For eksempel må tiltak som er rettet mot samordning og kontroll, også veies mot det ofte konkurrerende behov for stimulering og oppslutning. Til tross for denne kompleksiteten må ledere gjøre valg, ta i bruk teknikker og gå løs på utfordringer. De forenkler, påvirker og handler. Ledelsesoppgavene strekker seg over hele feltet og kan ikke begrenses til ett eller to områder (Strand, 2007).

## **2.3 Ledelse i organisasjon – kontekst og rammeverk**

Strand (2007) påpeker at ledelse virker innenfor synlige og usynlige bindinger og muligheter, kulturer og organisasjonsvaner vi tar for gitt. Vi antar at disse ytre omstendighetene påvirker hvordan ledelse utøves og oppfattes. Ledelse kan få mening og virkning avhengig hva slags kontekst den inngår i. Noen organisasjonstyper ansees som grunnleggende og disse må betraktes som prototyper. Blandingsformer og varianter eksisterer selvsagt. De fire typene er: byråkrati, ekspertorganisasjoner, entreprenørorganisasjoner og gruppeorganisasjoner. Disse organisasjonene kan skilles fra hverandre ved sin oppbygning og ved type oppgaver de er innrettet mot (Strand, 2007).

### **2.3.1 Ekspertorganisasjoner og ledelse**

Strand (2007) betegner sykehus som en ekspertorganisasjon. Konkurransetilstand og produktivitet kjennetegner slike organisasjoner. De karakteriseres gjerne på denne måten:

- De har et lavt hierarki.
- De er arenaer for fagspesialisering og fagautonomi.
- Medlemmene har stor autonomi i sin yrkesutøvelse.
- De behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter.

Ledere i ekspertorganisasjonen er nært knyttet til rollen som fagkyndig. De er knyttet til arbeidsprosesser og blir vurdert etter faglige resultater de oppnår og statusen har de i det faglige lauset. De søker å påvirke prestasjoner og måloppnåelse og bærer en standard for hva som er gode løsninger og god atferd. Regler og eksternt gitte systemer har i ekspertorganisasjoner mindre betydning enn i byråkratier. Fagnormene, kunden og klienten legger viktige premisser.

Ekspertorganisasjoner i offentlig virksomhet er gjerne innkapslet i byråkratisk pregede organisasjoner og byråkratilederen kan formelt ha høyere rang, men savner ofte faglig

legitimitet hos ekspertene. Kyndighet stilles mot myndighet Dette skaper spesielle utfordringer i ledelse av ekspertorganisasjoner (Strand, 20007).

Kjennetegn ved ekspertorganisasjoner er at flertallet av de ansatte har en kyndighet og status de ikke først og fremst har oppnådd gjennom organisasjonen de arbeider i. De er selvstendige yrkesutøvere som bruker organisasjonen de arbeider i som en ramme og et serviceapparat de i større eller mindre grad respekterer og anerkjenner. Dette gjelder særlig profesjonaliserte, det vil si yrker som har særlig prestisje på arbeidsfeltet. Lege og advokat er klassiske prestisjeyrker, psykolog er nyere. Andre yrker har ikke samme fulle profesjonsstatus for eksempel sykepleiere og lærere. De har noe mindre prestisje og noe kortere utdanning, men har likevel visst preg av å være profesjonaliserte og kalles ofte halvprofesjoner (Strand, 2007).

Ekspertorganisasjoner som sykehus, er i økende grad underlagt administrative styringssystemer utenpå eller ved siden av ”produksjonsenhetene”. Målstyring og budsjettrammer er to forhold som fagfolk merker. Andre administrative prosjekter som totalkvalitativ ledelse, kontinuerlig forbedring og intern-kontroll, kommer i tillegg. De to formene hierarkisk og kollegial ledelse, gir også to forskjellige lederroller som ikke lever et problemfritt samliv. I organisasjonssammenheng er det den profesjonelle yrkesutøveren som særlig utfordres av inntjening og markedskrav. I tillegg kommer hierarkisk styring, andre fag, og eksterne aktører, som for eksempel staten (Strand, 2007).

Fagfolk kan i følge Strand (2007), være motstrebbende mot de administrative detaljene, imens lederen er nødt til å holde rede på retningslinjer og detaljer for å fylle rollen sin. En annen ledelsesfunksjon i ekspertorganisasjoner kan innebære og bidra med fagkunnskap i arbeidsprosessene og i utviklingsforløp ut ifra det en måtte ha av oversikt og erfaring. Ledere kan ha en viktig rolle i å administrere den friheten fagfolkene må ha for å fungere godt. De kan ha en viktig funksjon ved å påvirke tempo og forhandle frem kompromiss der det er motsetninger. Reglene for samhandling, fordeling av ansvar og bidrag kan være utydelige eller implisitte. Lederen kan stimulere kommunikasjon og skape fora for felles drøftinger. God ledelse i ekspertorganisasjoner innebærer blant annet å la folk gjøre det de er gode til. Den viktigste drivkraften for de utfordringene fagfolkene selv føler, ligger i

arbeidet. Ledelsens hovedoppgave er å legge til rette for at disse kreftene kan bli utløst og ta en retning som både fagfellesskapet og oppdragsgiverne er tjent med (Strand 2007).

Lederparadokser i ekspertorganisasjoner er spørsmål om kollegial popularitet versus organisatorisk oppgaveløsning. I følge Strand (2007) kan en bli en midlertidig populær og ukontroversiell leder ved å la være å vise lederskap. Leder og oppdragsgiver kan likevel se at organisasjonen lider under mangel på ledelse. Dermed oppnår en ikke de resultater og ressurser en aktiv leder kunne skaffet. Faglige krav kan senkes og personalspørsmål kan bli gjort til personlige eller private problemer. Ledere i ekspertorganisasjoner er forventet å ha faglig legitimitet, da det som blir bestemt, skal grunngis med faglige eller fagpolitiske argumenter. Lederrollen kan ikke legitimeres gjennom teknikk eller formell ordning. Lederrollen må skapes gjennom gjerninger og i forhandlinger mellom de berørte (Strand, 2007).

Et stort dilemma for ekspertledere er forholdet mellom myndighet og kyndighet. Dette kan være mellom fagfolkenes innsikter, hierarkisk myndighet, eller et styre som krever innretning mot markedet og resultater i form av inntjening. Problemet kommer til uttrykk innenfor en ekspertorganisasjon hvis, slik som det er i sykehus, en med lavere faglig kompetanse enn de dominerende ekspertene, får stillingen som avdelingsleder eller som overordnet administrativ leder (Strand, 2007).

### **2.3.2. Ledelse i Distrikts psykiatriske senter**

Helseforetakene må i følge DPS-veileder (15-1388) ta et særlig ansvar for at ledelse ved DPS blir prioritert og at det gis nødvendig rammebetingelser for å utøve godt lederskap. Opptappingsplanen definerer DPS som faglig selvstendige enhet for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det betyr at DPS verken administrativt eller faglig skal legges under en annen avdeling som kan styre sentrets ressursbruk eller kapasitet på en måte som hindrer sentret i å utføre sine egne oppgaver. DPS må ha tilstrekkelig med lege- og psykologspesialister og kompetansen ved de ulike enhetene må være adekvat i forhold til de pasientgruppene og oppgaver DPS har. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-9, skal virksomheten organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. I tillegg til leder for DPS, skal det være en leder for

henholdsvis poliklinikk, dagenhet, døgn og så videre. Disse lederne utgjør sentrets styrende organ/ledergruppe (Veileder 15-1388).

Ledelsesoppgavene i DPS er mange og sammensatte. En god og tydelig ledelse er avgjørende for å arbeide systematisk i retning av å nå intensjonene i opptrappingsplanen. Ledelsesaktiviteten må derfor være lederens hovedfunksjon og prioriteres foran andre oppgaver. Det er institusjonseiers ansvar å lage rammebetingelse for lederstillinger som bekrefter og understøtter denne oppfatningen. Det er et ledelsesansvar å følge med på, analysere, prioritere og koordinere aktiviteten ved DPS. For å få til dette behøves både en styrking av den enkelte leders kompetanse på dette feltet og en økt legitimitet til lederrollen (Veileder 15-1388).

### **2.3.3 Enhetlig ledelse**

Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus, hadde til hensikt å endre etablerte lederroller. Desentralisering og tydeliggjøring av ansvar i sykehusreformen, innebar at avdelingsledere hadde det totale ansvaret for sin avdeling, både administrativt og faglig. Dette var uavhengig av om avdelingsleder hadde spesialistkompetanse eller ikke (Sveri, 2004). Ledelse har i stadig større grad blitt et selvstendig fokusområde, mens det tidligere ble oppfattet som en forlengelse av fag, eller bieffekt av lang erfaring. Begrep som ”enhetlig ledelse”, ”ansvarsledelse” og ”entydig ledelse”, blir brukt for å understreke det personlige ansvaret for organisasjonens resultater. I Norge ble prinsippet om enhetlig ledelse for alvor satt på dagsorden da Stortinget vedtok å innføre prinsipp om enhetlig ledelse som en konsekvens av en konflikt på Rikshospitalet i 1995. Dette førte til en endring i Spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-9), som trådte i kraft 1. januar 2001:

*Sykehuset skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.”*

Gjennom innføringen av enhetlig ledelse med begrep som totalansvar og resultatansvar, har man endret de forventninger og krav som stilles til avdelingsledere i sykehus.



Omstilling til enhetlig ledelse innebærer at man ønsker å skape en ny og annerledes lederrolle som skiller seg fra den innarbeidede og tradisjonelle faglederrollen (Myhre, 2004)

Dette fremheves i NOU 1997:2 ”Pasienten først!

- *Ivareta et helhetlig ansvar for driften knyttet til diagnostisering, behandling, pleie og omsorg for en definert pasientpopulasjon*
- *Identifisere og iverksette tiltak som sikrer nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.*
- *Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig (forsvarlig) virksomhet.*
- *Ivareta personalansvaret.*
- *Tilrettelegge utdanningen på en tilfredsstillende måte.*
- *Sørge for at forskning og utvikling skjer i den kraft som gjør at sykehuset holder en god faglig standard.*
- *Ha ansvaret for økonomistyringen i avdelingen.*

Dette er de normene som pålegges avdelingslederen ovenfra. Det vil si normer som er akseptert både fra sykehusets øverste ledelse og utenfor sykehus (Myhre, 2007).

Enhetlig ledelse er en måte å prøve å kombinere to vidt forskjellige måter å tenke omkring, og lede organisasjoner på; en behandlingsfaglig og en økonomisk administrativ.

Intensjonene er å bremse utgiftsvekst og samtidig sikre kvaliteten på den behandling som blir gitt. Enhetlig ledelse er forbundet med utvikling av resultatmål som forsøker å bygge bro mellom administrative, økonomiske og faglige logikken (Myhre, 2004).

Sykehusledelse har aldri vært lett. Den har alltid vært kontroversiell og gjenstand for strid, men i sykehus har imidlertid ledelse utover det som bygger på faglig ekspertise, tradisjonelt sett hatt liten innflytelse i produksjonskjernen. Her er det den faglige kompetansen, erfaringen og respekten for faglig dyktighet som har gitt ledelsen autoritet og legitimitet (Strand 2007). Fagbyråkrati fremstår som demokratisk ved at det avgir makt nedover i systemet til de profesjonelle. Dette gir stor grad av autonomi og kvaliteten på tjenesten bestemmes på det laveste nivået i den daglige pasientbehandlingen. Dette kan medføre en del problemer som blant annet, konflikter i koordineringen av arbeidet mellom de profesjonelle. Det kan påvirke koordineringen mellom administrasjon, støttefunksjoner

og stab, samt at det kan være svært vanskelig for den lederen å få innsyn i de profesjonelles arbeid. Det kan også føre til problemer med å håndtere profesjonelle som er uansvarlige eller lite kompetente (Myhre, 2004).

Avdelingsledelse i sykehus har ikke vært særlig ettertraktet eller høyt profilert av faggruppene, spesielt hos legene. Enhetlig ledelse er blant annet ment å skulle bryte med den tradisjonelle fagledelsen og få frem mer profesjonell/administrativ ledelse i sykehus, også på avdelingsnivå. Dette innebærer en endring av legitimiteten i stillingen ved at legitimiteten for fagledelse bygger på ekspertise og kunnskap, imens legitimitet i profesjonell ledelse ligger i den formelle posisjonen (Myhre 2004).

I NOU 1997:2 "Pasienten først!" viser at lederen må ha tilstrekkelig lederkompetanse og at lederaktiviteter må være lederens hovedoppgave. Avdelingslederstillingene ikke er forbeholdt leger, men at den også er åpen for andre med helsefaglig kompetanse. Det presiseres betydningen av at avdelingslederen skal være lik leder for alle, uansett yrkesbakgrunn (Myhre, 2004).

Avdelingsledere i sykehus fatter beslutninger i forhold til svært vanskelige og komplekse problemstillinger. For å ivareta fleksibiliteten som er nødvendig, har man ved innføringen av enhetlig ledelse forsøkt å styrke avdelingslederens autonomi, med begreper som totalansvar, og helhetlig ledelse. Dette inkluderer alle sidene ved driften. Dette skal øke ansvarligheten og motivasjonen med hensyn til gjennomføringen og beslutningene, ved at de som står nærmest problemene har best innsyn i dem og fatter beslutningene (Strand, 2007). Dette kan imidlertid føre til at avdelingsledere kan komme opp i flere lojalitetskonflikter i skjæringspunkt mellom drift og økonomi, samt føre til faglig konflikt mellom de faglige og administrative profesjon (Myhre, 2004).

Ledere med sykepleiebakgrunn har i følge Torjesen, (2007) lang større oppmerksomhet på å fremstå som ledere enn leger i ledelse. Sykepleiere selekterer og reflekterer rundt sitt eget lederskap som en kontinuerlig prosess, mens leger "rømmer" tilbake til klinikken. De konturene vi ser av reformen med enhetlig ledelse kan vitne om en kontinuitet av det tidligere parallelle systemet, det vil si det er fremdeles snakk om ledermessige komplementaritet mellom leger og sykepleiere enn konkurranse (Torjesen, 2007).

## **2.4 Hvordan organisasjoner fungerer**

Ethvert forsøk på å beskrive og forstå det som foregår i en organisasjon, må ta hensyn til menneskets behov, ønsker, motiver, følelser, tanker, ferdigheter og konkrete handlinger. Organisasjonen som helhet, må stå i fokus med dens struktur, overordnede mål, rutiner, forskjellige prosesser og vanemønstre, ledelses-filosofi og samhandling med omgivelsene (Fischer og Sortlend, 2002). Det finnes et eget fagfelt. I denne oppgaven vil jeg imidlertid kun gå inn på det som omhandler problemstillingen.

### **2.4.1 Makt og konflikt i organisasjoner**

Makt og konflikt er en del av alle formelle organisasjoner. Å unngå konflikter er en illusjon. I og med at mennesker arbeider med ulike oppgaver, har ulikt ansvar og er medlemmer av ulike subkulturer, vil det være ulike interesser. Dermed vil det alltid være en kamp om fordeling av ressurser og oppmerksomhet.

Den formelle strukturen fordeler makt knyttet til posisjon og til mer eller mindre kritiske oppgaver til ulike grupper (spesialistoppgaver). Strukturen vil ha stor betydning for hvilke saker som kommer på dagsorden gjennom sin organisering av oppmerksomhet og deltakelsesrettigheter. Det vil si at den formelle strukturen ikke er nøytral. Den favoriserer enkelte grupper på bekostning av andre grupper. Dermed kan det bli en kamp om hvordan organisasjonsstrukturen skal se ut. Alle kjemper for egen sak, for eksempel hvem som skal lede sykehusavdelinger. (Jacobsen og Torsvik, 2007).

Ledere er en del av maktapparatet og er til en viss grad individuelle forvaltere av makt. Ledelsesprosesser kan være preget av maktbruk i den forstand at formell myndighet er fordeles i ledelsens favør. Makt som er gjort allment akseptert, kalles gjerne autoritet eller legitim makt (Strand, 2007). Vi tar for gitt at lederne har innflytelse, som makt, potensielt mer enn andre organisasjonsmedlemmer. For at ledere skal fylle sine funksjoner og opprettholde sin stilling som leder bør de kunne påvirke. Lederne bør ha makt til å få ting til å skje, og de bør også ha makt over personer, på en slik måte at det skaper en relasjon som kalles autoritetsrelasjon. Ledere, eksperter og andre kan ha makt i egenskap av å bli oppfattet som uerstattelig, enten ved rent personlige kvaliteter som de kan ta med seg ut og

inn i organisasjonen, eller ved posisjonen de har fått eller tiltatt seg innen organisasjonen (Strand, 2007).

### **2.4.2 Legitimitet og kommunikasjon**

Det er vanlig å betrakte organisasjoner som virkemiddel for løse en oppgave, for å realisere bestemte mål, eller for å fylle en bestemt funksjon. Når organisasjoner konstrueres, må det også avklares hvilke oppgaver organisasjon skal konsentrere seg om, og hva man vil oppnå en gang i fremtiden. Dermed må lederen i organisasjonen sette seg klare mål, utforme strategier, og bidra til at dette kan gjennomføres. Ledelsen må fordele arbeidsoppgaver og ressurser mellom enkeltindivid og grupper av medlemmer i organisasjonen og de må legge forholdene best mulig til rette for løsning av oppgavene. Det vil si at ledelse er noe som utøves, og dermed kan også ledelse utøves av personer som ikke sitter i lederstillinger (Jacobsen og Torsvik, 2007).

Legitimitet er nært knyttet til rollen som fagperson og ledere blir vurdert etter de faglige resultatene, på måloppnåelse og på om de er bærere av en standard for hva som er gode løsninger og god atferd.

Jacobsen og Torsvik (2007) definerer kommunikasjon som en kontinuerlig prosess som medlemmene opprettholder og forandrer gjennom å kommuniserer med individ og grupper av mennesker, både eksternt og internt. Kommunikasjon er avgjørende for informasjonsgrunnlaget når organisasjoner setter sine mål, utvikler visjoner, og for ansatte når de fatter beslutninger på vegne av organisasjonen.

Kommunikasjon er også avgjørende for å forankre strategiske valg blant de ansatte i organisasjonen og kan være avgjørende for å lykkes med organisasjonens mål. For en leder er også kommunikasjon et svært viktig virkemiddel for styring, koordinering og kontroll. Dette forutsetter at det foreligger informasjon om hva som skjer i organisasjonen. Effektivt lederskap forutsetter at ledere klarer å kommunisere de budskap de ønsker å formidle og at budskapet faktisk kommer frem til den det angår. Budskapet må også bli kommunisert på en slik måte at det både blir forstått og akseptert av medarbeiderne. (Jacobsen og Torsvik 2007).

Kravet til å utvikle og beherske indre og ytre relasjoner er voksende. Forestillingen om relasjoners betydning kan synes optimistisk og innebærer klare dilemmaer og begrensninger. Innsatsen for å oppnå gode relasjoner kan gå utover evnen til å operere effektivt på kort sikt. Arbeidet med relasjoner kan virke uoverkommelig i en travel hverdag, men fraværet av å møte andre, kan komme til å fortrenge viktig intern kommunikasjon (Strand, 2007).

## **3.0 METODE**

### **3.1 Innledning**

I dette metodekapitlet vil jeg beskrive hvilken type forskningsdesign jeg har benyttet meg av. Jeg vil også fortelle om tilnærmingen til valg av informanter. Videre presenteres konteksten hvor undersøkelsen har funnet sted. Til slutt uttrykker jeg noen egne refleksjoner om arbeidet. Studiens troverdighet og holdbarhet vil også beskrives.

### **3.2 Forskningsdesign**

Samfunnsvitenskapen har til hensikt å etablere kunnskap om hvordan den sosiale virkeligheten ser ut. Forskning dreier seg om å tilegne seg kunnskap og forskerens viktigste oppgave er i vid forstand å lære. (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).

For at jeg skulle kunne besvare min problemstilling har jeg valgt kvalitativ design i en fenomenologisk retning. Utgangspunktet for denne oppgaven var min egen erfaring og forkunnskap vedrørende avdelingsledelse og utfordringer. I studien ønsket jeg å finne svar på andre avdelingslederes opplevelse. Dette gjorde at det kvalitative intervju var en velegnet metode. Denne metoden forholder seg til data i form av tekster og den legger vekt på fortolkning av dataene. En av fordelene ved kvalitativ tilnærming er at den tillater forskeren stor grad av fleksibilitet i forskningsprosessen. Dessuten bygger intervjutilnærmingen på tilstedeværelse, noe jeg anså som såpass viktig at det ble mest naturlig å velge en kvalitativ metode. Denne metoden har som mål å fremskaffe et helhetlig syn på situasjoner og organisasjoner, som forskeren på sin side må prøve å forstå. (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).

Jeg har brukt induktivt design i fenomenologisk retning. Det vil si at jeg har tatt utgangspunkt i teorier om emnet og basert intervjuene på dette sammen med mine egne

erfaringer. Fenomenologien sier noe om ”det som viser seg”, eller slik ting framtoner seg, og målet er å få økt forståelse og innsikt i andres livsverden (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009), samtidig som jeg har reflektert rundt mine egne erfaringer.

### **3.3 Valg av informanter**

Empiri, kommer i fra det greske *emperia* og betyr forsøk eller prøve. For få et grunnlag til empirien, foruten min egen erfaring, benyttet jeg meg av myke data. Det vil si at myke data, baserer seg vanligvis på tekst, lyd eller bilde, i motsetning til harde data som kvantifiseres ved hjelp av tall.

Den viktigste empiriske kilden i oppgaven er intervjuene, men for å få gjort intervjuer, måtte jeg velge informanter. For å komme frem til utvalg av informanter, brukte jeg en del tid på å reflektere rundt hvem jeg skulle intervjuer. I og med at jeg har mange bekjente innen de forskjellige DPS, var jeg litt i usikker på hvor godt kjent jeg og informantene burde være. Jeg bestemte meg for å intervjuer informanter som jeg visste om, men ikke som jeg kjente personlig. Hvor mange jeg skulle intervjuer og hvor lang tid og hvor mange spørsmål jeg skulle ha med i intervjuene, brukte jeg også tid på å vurdere. Av praktiske hensyn og av bekvemmelighetsgrunner kom jeg frem til at jeg skulle intervjuer avdelingsledere i nærliggende områder. Det vil si at reisetiden jeg måtte bruke, skulle begrenses til at jeg kom frem og tilbake samme dag. Før jeg gikk i gang med intervjuene, skrev jeg e-post til mine tre overordnede, avdelingssjef, avdelingsdirektør og foretaksdirektør, for å informere og spørre om tillatelse til denne undersøkelsen. Alle ga positiv tilbakemelding.

Jeg har intervjuet fire kvinner og en mann. Alle har lang erfaring fra arbeid i psykisk helsevern: er avdelingsledere i spesialisthelsetjenesten og de har høyskolebakgrunn. Jeg hadde kjennskap til informantene fra DPS og ledersamlinger. Informantene varierte i alder mellom ca 35 og 50 år.

Informantene ble kontaktet pr telefon og de ble gitt informasjon om bakgrunn for undersøkelsen. Det ble ikke gjort skriftlige informert samtykke, men muntlig. De ble også fortalt at undertegnede hadde avklart undersøkelsen med foretaksdirektør i forkant. Samtlige informanter ble lovet anonymitet.

### **3.4 Innsamling av data**

Alle intervjuene er foretatt mellom 16. oktober og 28.oktober. Intervjuene ble gjennomført på informantenes respektive arbeidssted. Dette for å ivareta hensynet til avdelingsledernes travle hverdag og for å lette den praktiske gjennomførelsen for informantene. Alle intervjuene tok plass på avdelingsledernes kontor. I intervjuene var jeg først og fremst interessert i informantenes egen oppfatning av enhetlig ledelse. Om de hadde en oppfatning hva dette innebar for avdelingen og for dem selv som ledere. I tillegg tok jeg opp tema omkring ansvarsfordeling for å se i hvilken grad dette var et problem for lederne.

Varighet av intervjuene var fra en time til en og en halv time. Alle informantene samtykket til at jeg tok opp samtale. Bruken av diktafon gjorde meg som forsker til en bedre lytter, slik at jeg kunne konsentrere meg om flyten i svarene og kommentarene. Slik kunne jeg også få frem nyanser, i stedet for å bruke tiden til å notere. I tillegg frigjorde det nok oppmerksomhet til å kunne komme med spontane oppfølgingsspørsmål. Det kunne tenkes at båndopptakeren virket forstyrrende. Men da var det på grunn av at jeg med jevne mellomrom måtte sjekke om båndet var tatt slutt. Ut over dette var det problemfritt.

Jeg benyttet meg av et semistrukturert intervjuopplegg, der rekkefølgen på tema varierte. Men jeg startet intervjuene med enkle biografiske data. Etter hvert prøvde jeg å stille åpne spørsmål. På slutten av intervjuet spurte jeg om informantene hadde noe mer å tilføye eller ønsket å utdype noe av det som tidligere hadde vært nevnt. Noen benyttet seg av det tilbudet, men i hovedsak for å utdype tidligere omtalte emner (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).



Alle intervjuene ble skrevet ut rett i etterkant. I oversettelsen ble alle gjort fra et muntlig til et skriftlig språk. De muntlige utsagnene var preget av noe usammenhengende setninger som er vanlig i et muntlig språk, og intervjuet ble selvfølgelig gjennomført på dialekt. Gjengivelsen ble gjort ”normalisert” om til bokmål av hensynet av hensynet til informantenes anonymitet.

### **3.5 Studiens holdbarhet/troverdighet**

Objektivitet er i utgangspunktet et ideelt trekk ved forskning. Forskeren skal i prinsippet forholde seg til fenomener som om de er verdifrie og nøytrale. Dette er problematisk, og Knut Erik Tranøy (1986) viser til en måte å forstå objektivitet på: Forskeren skal være saklig, upartisk og uhildet, og ikke subjektiv ved at man lar sine egne oppfatninger og følelser dominere (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).

En forsker må forholde seg kritisk, konfrontere sine egne oppfatninger med data, og gi slipp på egne oppfatninger hvis forskningsresultatet sier noe annet. Sannhet som en vitenskapelig norm betyr ikke at en forsker *finner* sannheten, men akkurat som i en rettssal, bestreber man seg på å oppnå det best mulige resultatet for å kunne trekke sine konklusjoner. Dette innebærer å være kritisk til sin egen forskning. Alle sider ved saken, både det som teller for og i mot skal vurderes og hvis resultatene står i mot ”anklagerens” argumenter, styrkes troverdigheten (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg i hvilken grad forskerens funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer vikeligheten. Troverdigheten kan også styrkes ved å tilbakeføre resultatene, slik at informantene kan få bekreftet resultatet, eller la kollegaer analysere det samme datamaterialet (Johannessen, Kristoffersen og Tufte m.fl. 2009).

Denne oppgavens analyser er ingen objektiv gjenspeiling av en statisk verden i et statisk rom. Jeg er ikke objektiv som forsker, og det er heller ikke objektive data som fremkommer. Spørsmålene jeg utformet var preget av min forforståelse og min påvirkning av andre studier som omhandlet emnet enhetlig ledelse.

I prosessen med oppgaven og spesielt i forberedelsen, snakket jeg med mange av lederne i mitt eget DPS for å få noen uformelle synspunkt på problemstillingen og om de syntes det var et viktig tema. Disse samtalene, andre lignende samtaler, i tillegg til intervjuene, mener jeg har gitt meg tilgjengelig informasjon om tema. Jeg er også påvirket av de opplevelsene jeg selv har hatt i forbindelse med min lederposisjon. Dette vil være med på å påvirke min tolkning og analyse av empirien. I og med at jeg primært ønsker å gå i dybden på fenomenet, er ikke hensikten å generalisere men å forstå. Dermed har jeg gått inn i intervjuene med et åpent sinn og en aktiv deltagerrolle.

Jeg skrev ut alle intervjuene i etterkant, og jeg kontaktet kun enkelte for å få korrigeret svar. Dette var aktuelt der jeg var i tvil eller i tilfeller der jeg muligens hadde misforstått noe. Dermed ble muligheten for feiltolkning redusert. Dette er med på å øke studiens troverdighet.

Kan resultatet av studien generaliseres eller overføres? Det er en liten studie jeg har gjennomført. Men den sier noe om hva de aktuelle informantene opplever sine utfordringer som avdelingsledere. Det kan tenkes at svarene har blitt noe annerledes hvis denne studien hadde vært gjort i et svært tettbefolket område. Men i og med at det er små forhold, og det er begrenset antall ledere innen psykisk helsevern, kan det ha bidratt til at enkelte har følt at de ikke kunne uttale seg helt fritt av frykt for å bli i gjenkjent eller utlevert. Uansett antar jeg at dataen er troverdig, fordi informantene er erfarne fagfolk, og med god kjennskap til helsevesenet og praksis. Kombinert med egne erfaringer og andre studiers tilgjengelige data, vil dette kunne danne en pålitelig datamengde for å besvare problemstillingen.

## 4.0 EMPIRI

I dette kapitlet vil jeg gjengi deler av intervjuene knyttet opp mot overskriftene i teorikapitlet. På slutten av hvert kapittel oppsummeres det hovedinntrykket jeg sitter igjen med. Dette fordi jeg ikke kan gjengi alle svar jeg fikk i oppgaven, da vil den bli alt for lang. Oppsummeringene vil bli utgangspunktet for drøftingen i analysekapitlet.

### 4.1 Ledelse og lederrollen

Det er en rekke faktorer som påvirker ledelse og danner sammenhengen vi må forstå ledelse i. Det gir ikke mening å diskutere ledelse på generelt grunnlag, uten å ta hensyn til hva som skal ledes og under hvilke betingelser dette skal skje. Ledere er avhengig av det formelle mandat og myndighet de er gitt for å utøve sin oppgave som ledere. Hvis ikke myndighet og mandat er tydelig, blir det svært vanskelig å utøve lederrollen, (Strand 2007) Informantene var stort sett enige om at de hadde et både mandat og myndighet klart formulert, slik som en av informantene formulerte det: *"ja, jeg opplever at det er klart formulert, men jeg tror ikke det er like klart for resten av avdelingen"*. En annen informant er ikke enig. Hun understreker at: *"Det er ikke klart formulert, jeg har ikke sett en eneste formulering på det, men det kan jo ha med at jeg ikke har funnet ut ting enda, det er jo mulig det finnes en eller annen plass."*

Dette kan skape usikkerhet i organisasjonen, og det gjelder ikke minst usikkerhet som følger med selve lederrollen. Ledelsesoppgavene er mange og forskjellige. Dette kan innebære skiftninger og kontraster. Dette kan føre til at ansvar og ære kan blir dramatisert utover lederens kontroll. Resultatet av arbeidet er usikkert, og faren for å miste anseelse er tilstede.

Ledelsen er sannsynligvis det organisasjonselementet som er mest berørt av usikkerhet. Den som behersker usikkerhet, eller som synes å beherske den, er særlig verdifulle og får gjerne egen status (Strand, 2007).

En av avdelingslederne beskrev sin oppstart som leder slik: *”Det kan jo sies at når jeg startet som leder, var det spesialist som var leder, og det var ei utfordring. Det var mange ting jeg var usikker på og når vedkommende spesialist ble sykemeldt (for all del, jeg ønsket ikke vedkommende syk, det er ikke sånn å forstå), var det bra for meg. En markering av ny leder, men jeg opplever enda at ved faglige områder går de til tidligere leder. Det tar jeg opp med jevne mellomrom, at det er jeg som har ansvaret...”*

Avdelingsledere er i en posisjon der det ofte kan oppstå dilemma på grunn av mellomledernivå. Forventningene på den ene siden, at de skal være talsmann for de ansatte og på den andre siden, skal de være lojale og være toppledelsens representant i forhold til de samme ansatte. Dette kan illustreres med utsagn som: *”jeg syns det er viktig å klare å holde ut konflikter, det å greie å fronte et budskap selv om man ikke er så enig i det selv, ja, det å ha kompetanse på det å greie å være lojal mot avdelingen og det å være lojal mot ledelsen over meg igjen, og de beslutninger som foretaket gjør”* (informant nr 2).

Det som oppleves som krav til det å være leder, er ofte det som ikke etterleves (Strand 2007) Informant 2 blir svært engasjert når jeg spør henne om hva hun som leder bruker mest tid på?

*”Jeg bruker mest tid på å bli frustrert på DIPS og dataverktøyene, og korte tidsfrister! Disse rapportene som ikke er satt opp på riktig måte, og som ikke er satt opp på samme måte i sykehuset. At de samme rapportene gir forskjellige tall om jeg tar den ut kl 12, eller fem over 12. Det irriterer meg noe så grenseløst at jeg kjenner jeg får hjertebank bare jeg snakker om det. Det er sprøtt at vi bruker så mye tid på det. Det burde ikke være vanskelig for Helse Nord å ta ut rapportene selv, i stedet for at jeg som avdelingsleder skal gå videre til merkantil å spørre om hvilke rapporter jeg skal bruke. Jeg syns det er talentløst, rett og slett!”*

Den samme informanten sier videre at:

*”Den største utfordringen er balansegangen mellom klinisk arbeid, og lederoppgaver. Og så syns jeg det er utfordrende med alle nye system. Dataverktøyet som i utgangspunktet er en god ting, MEN når det innføres nye system, er det for dårlig opplæring, for mitt hode, i hvert fall. Det passer kjempedårlig for meg å få opplæring i januar, på et system som innføres i november. Og så er det disse tidsfristene som er fryktelig korte, min kalender er fylt opp to, tre, uker frem i tid, alt er planlagt, og det er da ei utfordring når vi får beskjed om at det er ledersamling om ti dager, for eksempel. Man har jo tanker om hva man skal bruke arbeidsdagen til, og de innebefatter avtaler med pasienter, eller avtaler med samarbeidspartnere. Det syns jeg er den største utfordringen, å få tid til alt.”*

Ut fra det som sies overfor, så synes det som om at lederne har en klar oppfatning av deres eget ansvarsområde. Men det er ikke like klart for resten av organisasjonen. Det er utsagn

jeg kjenner igjen i samtaler med andre ledere. Dette er interessant med tanke på målsetningen om en tydelig ledelse.

Ledene i undersøkelsen opplever å ha for mange oppgaver og for lite tid til å utføre dem. De skal sette mål, få resultater, lære om og nyttiggjøre seg av nye systemer. Integrere og styrke ansattes tilknytning til organisasjon. Og de er pålagt pasientaktivitet på lik linje med andre behandlere, samtidig som de har lederansvar. Det kommer frem i undersøkelsen at det er mye frustrasjon rundt dataverktøyene og for liten opplæring. Generelt sett, opplever ledere å ha for lite tid til å utføre sine oppgaver. Dette samsvarer med min egen erfaring. Jeg opplever at ledelse ikke er et prioritert område, kun i teorien, men ikke i praksis.

## **4.2 Ledelse i ekspertorganisasjoner**

I følge Strand (2007) er ledere i ekspertorganisasjoner nært knyttet til rollen som fagkyndig. Det har jo vært et tema som har gått igjen i diskusjonen vedrørende ledelse i ekspertorganisasjoner. Disse argumentene virker i størst grad å ha kommet fra legeföreningen, spesielt med tanke på hvordan sykehusene bør ledes og hvilke faglige kvalifikasjoner som bør ligge til grunn for å lede sykehusavdelinger. Dette har bidratt til at jeg undres over hvordan ledere uten spesialistkompetanse opplever viktigheten av kjennskap til faget, når man skal lede en avdeling i spesialisthelsetjenesten? I min spørreundersøkelse fikk jeg anledning til å utformet et spørsmål om hva de som ledere anså som den viktigste kompetansen ledere i avdelingsleder stillingene bør ha?

Uten unntak syns alle jeg spurte at fagkompetanse var svært viktig. En informant sa

*”erfaring fra fagfeltet er et must, og en lederutdanning syns jeg ledere bør ha. Det er også personlige egenskaper som teller, samt erfaring.”*

Informant nr 5 var enda mer overbevist om fagets viktighet:

*”i hvert fall, en leder uten fagkompetanse er jeg veldig i mot, for da blir det fort tall og sårne ting. Jeg mener, for å forstå en avdeling som er så spesialisert, mener jeg at fagbakgrunn må til, og så er personlig egenhet bra, for du skal ta vare på et stort personal. Vi bruker jo oss selv, det er bare ikke å kjøpe en ny saks eller en CT maskin....”*

Informant nr 1 har samme synspunkt: ”Syns at når man har fagansvar, bør man ha relevant faglig bakgrunn, en bør også ha en viss ansiennitet, sånn at man er kjent med det man holder på med..”

Samtlige informanter var enige i at fagkompetansen var det viktigste. Men en av informantene synes lederkompetansen er likså viktig:

*”Godt å ha kompetanse i psykiatri og ledelse, for det går rimelig fort unna, og du skal ha rimelig god erfaring i å lede, planlegge og ha struktur på ting. Nå er jeg en veldig strukturert person, men det går sikkert an å lede uten å være så strukturert. Der er en stor fordel å ha fartstid, både som leder og fagperson, men jeg har jo litt strenge standarder for min egen del, så jeg vet ikke om jeg hadde turt å søke en sånn jobb uten litt fartstid som leder.”*

I og med at de treårige høgskoleutdannede ikke er spesialister spurte jeg om det var spesifikke faglige utfordringer de selv hadde som ledere i og med at de ikke var spesialister. Informant 3 som var relativ nyansatt svarte:

*”Faglige utfordringer jeg har...(sukk), det er jo greit med det man kan, men det man ikke kan, de vanskelige sakene, diagnosene etc. Få julene til å gå rundt. Det er jo så tett program, og det er så mye vi vil. På møter er det alltid; dette må vi få til!, men vi må jo prioritere..”*

Hvis ledere er usikker på sin fagkunnskap, kan det i følge (Strand 2007) føre til at ledere mister sin legitimitet. Ledere i ekspertorganisasjoner er forventet å ha legitimitet, da det som skal bestemmes skal grunngis med faglige argumenter.

Informant 2 synes: *”Det er når vi kommer til det praktiske i eksempelvis fagmøter, da opplever jeg at jeg har begrenset kunnskap i forhold til forskjellige ting, men det er allikevel jeg som leder møtene. Jeg har tenkt mye på hva det vil si, at det er jeg som leder møtene. Jeg vil si at teamet, er summen av kompetanse og det skal være nyttig å ta opp ting i møtene, men det er en kunnskap å lede en slik prosess, og jeg kjenner at jeg leter veldig. Det er kanskje lettere for dem med spesialistutdanning, jeg vet ikke om det er reelt, egentlig. Det kan hende at det handler om andre ting, men det er et eksempel. Det er jo diskusjoner om fagutvikling, da kjenner jeg at jeg kommer litt til kort, og det har jeg tenkt handler om at jeg har sykepleie bakgrunn. Det trenger jo ikke være det egentlig, men det er å finne gode argumenter for å finne ut hva jeg står for. Jeg kan godt mene noe om det, dette syns jeg er bra eller ikke, men det er vanskelig i diskusjonen mange ganger. Det har jeg en forståelse av at det handler om utdanning.”*

Dette utsagnet viser det dilemma ledere uten spesialistkompetanse kan oppleve i sin hverdag som leder. Dette er lederparadokser i en ekspertorganisasjon. Ledelsesrollen må skapes gjennom gjerninger og i forhandlinger mellom de berørte (Strand, 2007)

Et annet eksempel som informant 2 viser til er:

*”Kunnskapen - hvis det er diskusjon mellom to forskjellige speisalister som er uenige om den faglige tilnærmingen der en behandler har tatt opp en sak og de spesialistene er uenige, da er det vanskelig. En er fagkoordinator og det er jeg som har myndighet Hvem har det siste ordet? Sånne situasjoner er vanskelig å takle. Nå, når vi har behandlingsplaner, skal spesialistene ha vært med å vurdere diagnoser, og det skal journalføres, hvis det er tatt opp på klinikk møte skal behandler journalføre det. Vi har ikke noe system på at fagkoordinators rolle er vektet mer enn de andre spesialisters rolle, ikke definert i hvert fall. Behandler velger da det råd han ønsker å følge, som skal begrunnes og journalføres. Da blir det behandler og avdelingsleder som er ansvarlig for det som står i journal, men det kan hende at det er en god måte å gjøre det på?”*

Ekspertorganisasjoner kjennetegnes ved at de ansatte har status og kyndighet knyttet til profesjonsstatusen. Ledere kan formelt ha høyere rang, men faglig legitimitet hos ekspertene kan ofte bety mer enn lederansvaret. Kyndighet stilles mot myndighet (Strand, 2007).

Som avdelingsleder har jeg selv erfart at det å lede spesialister, kan oppleves som en utfordring. Jeg ville derfor finne ut om det er andre avdelingsledere som hadde samme opplevelse. Jeg utformet et spørsmål som tok utgangspunkt i hvordan de som ledere opplevde å lede spesialistene, om de er vanskeligere enn å lede andre faggrupper?

Informant nr 2 svarer: *”både ja og nei, de er så forskjellige spesialistene. Det kommer an på hva det dreier seg om. Jeg har vært veldig tydelig på, at sånn er det, og nå går vi ikke videre med den saken. Noen ganger synes jeg det kan være like ubehagelig å ha konflikter med treårig høgskole utdannede. Det er avhengig av personlighet, vanskelig å skille på dem.. De innleide spesialistene er jo ikke noe problem å lede, de gjør som jeg sier. De faste er jo veldig forskjellige. Det er veldig situasjonsavhengig....”*

Informant nr 3 hadde en annen erfaring:

*”Fra tidligere erfaring, så påberoper de seg at de er så spesielle at de må gjøre det de vil, men etter vedkommende har sluttet har det gått fint. Syns egentlig ikke det er forskjell på å lede spesialist eller ikke. Det har med erfaring å gjøre. Jeg forholder meg lojal til min rolle som leder. Men hvis den tidligere ansatte spesialist hadde fortsatt her, ville han kommet til å ta voldsom plass. Jeg er opptatt av at vi er et lite team og vi må fungere i lag. Mye går på personlighet hos medarbeiderne..”*

Sitatene ovenfor viser at samtlige informanter mener at kjennskap til faget er helt avgjørende for at de kan være ledere. Det forteller at dette er den kompetansen som gir størst legitimitet for dem som ikke har spesialistutdannelse. Det er erfaringen innen psykisk helsevern som må ligge til grunn, for at de skal forstå avdelingen. Da tenker de både på pasienter og ansatte. En av informantene var svært tydelig på at hun var helt i mot at ledere ikke hadde fagbakgrunn. Hun var av den oppfatning at ledere uten fagbakgrunn ville bare konsentrere seg om tall.

I og med at lederne i spørre- undersøkelsen ikke hadde spesialistkompetanse, lurte jeg på om dette var en utfordring. Der svarte tre av informantene at det kunne det til dels være. Spesielt kunne dette være i klinikk møtene, hvis det var uenighet mellom faggruppene og det ble forventet at de som avdelingsledere måtte avgjøre hva som var rett eller ikke. De andre to informantene synes egentlig det ikke var noe problem. Det opplevde at diskusjonene var meningsutveksling og hadde ingen problem med at ta de bestemmelser som måtte være nødvendig.

På spørsmål om det var vanskeligere å lede spesialister enn andre i avdelingen, var alle informantene enige om at det var de ikke. Dette var heller et spørsmål om personligheter. Spesialistene var like forskjellige som andre fagpersoner. Og en av de spurte synes at de treårige behandlerne kunne være vel så vanskelig å lede.

### **4.3 Enhetlig ledelse**

Målet for enhetlig ledelse var å klargjøre og plassere ansvar, der avdelingslederen har det fulle og hele ansvar for avdelingen drift og personalansvar for alle ansatte. Enhetlig ledelse i avdelingen tar utgangspunkt i NOU 1997 "Pasienten først!". Her spurte jeg først om det er samsvar med intensjon og erfaring, lurte jeg på om avdelingslederne har en opplevelse av at vi i praksis har enhetlig ledelse ved DPSet?

En av avdelingslederne hadde en litt blandet erfaring som: *"Ja, både og. Det er vel det at jeg ikke har jobbet her så lenge, men jeg opplever at i det faglige arbeidet med å gjøre vurderinger og sette diagnoser, som spesialist gjøre, da får denne mye makt og myndighet, eller mye og si...."*



Denne informanten hadde mye å si om dette, i hovedtrekk dreier det seg om avdelingens usikkerhet på henne som leder. Dette fører igjen til at spesialisten blir brukt til arbeid utenom sitt spesialistområde. Dette kan være administrative oppgaver. Dette kan føre til en utydelighet om avdelingen praktiserer enhetlig ledelse.

Det var en annen informant som er enig og svarer: *”Ja, at vi har det, men jeg opplever at noen er uenige i det, som stiller spørsmål ved at de med treårig høgskoleutdannelse kan ta avgjørelse. Det diskuteres på avdelingen og på kammerset, men det er slik det er.”*

Informant 2 svarer: *”Både jeg og nei. Synes det er utydelig på et vis. Jeg har jo fag, personal og økonomiansvar, men det er jo spesialisten som har vedtaksansvar. Det har ikke vært klart formulert, heller ikke vært nok fokus i ledergruppa. Syns det er juridisk litt usikkert..”*

En annen årsak til at enhetlig ledelse ble vedtatt i sin tid, var ønsket om å oppnå en mer effektiv drift. Derfor spurte jeg informantene om de opplever at enhetlig ledelse er med på å innfri krav om effektiv drift i deres avdeling.

Informant 3 synes: *”Vel, det kan være at det er utydelig i organisasjonen, eller at de er litt usikre på meg, at jeg ikke kan nok, at de er usikker på min kunnskap på utredninger og på det å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Det har blitt bedre etter hvert som jeg har blitt bedre kjent, og de har blitt tryggere på meg og det samspillet jeg har med spesialisten. Det har vært veldig fint, men av og til har jeg lurt på hvem som er lederen; er det jeg eller spesialisten.”*

Informant 1 svarer: *”ja, på en måte syns jeg det, at jeg som leder har ansvaret, jeg slipper å diskutere så mye med andre. Kan handle raskere, jeg kjenner hele spektret i avdelingen.”*

Det kommer frem ulike synspunkt om de opplevde at DPSet praktiserte enhetlig ledelse. Tre av fem informanter synes ikke det var entydig, i og med at det er spesialistene som er vedtaksansvarlig. Og respondentene er usikre på de juridiske aspektet ved enhetlig ledelse. Det er også litt uklart for organisasjonen som sådan. Lederne opplever at noen av de andre faggruppene tilegner spesialistene lederansvar, også utover det som ikke har med fag og gjøre.

To av informantene opplevde at de hadde en klar forståelse av enhetlig ledelse og at de praktiserte det i avdelingen. De synes at enhetlig ledelse var en fordel, fordi det innebar at

de ikke måtte gå igjennom så mange ledd for å ta en avgjørelse. Det kan tenkes at lederne som opplevde enhetlig ledelse som klart, var de med lengst erfaring, både som fagpersoner og ledere. Alle var enig at enhetlig ledelse var mer utydelig for andre, enn for dem selv.

## **4.4 Hvordan organisasjoner fungerer**

### **4.4.1 Makt, samarbeid og konflikt**

Det er ikke uproblematisk å være leder i spesialisthelsetjenesten. Det sier seg selv at det vil oppstå konflikter fra tid til annen. Det er utopisk å tro at man kan være leder for en organisasjon under endring, uten å oppleve problemer. Lederne forventes å klare balansen mellom krav til aktivitet, retningslinjer, økonomi, informasjon etc. Jeg spurte informantene om de opplevde at beslutningene de tok ble akseptert av spesialistene?

Informant 4 forteller: *”Vi er jo en avdeling med mange sterke folk, med mange sterke meninger. Jeg har opplevd at spesialisten ikke ville gjøre oppgaver som var blitt bestemt, men da har jeg måtte skjære igjennom som leder, og forlangt at alle behandlerne må være like ansvarlige, at alle må følge de samme rutiner.”*

En annen informant sier: *”Jeg har blitt overkjørt på klinikk møter og det oppleves ikke som noe særlig. Jeg føler meg da ikke respektert. Det er jo vanskelig, man er jo avdelingsleder for resten av personalet..”*

I følge Strand (2007) tar vi for gitt at ledere har innflytelse, som makt, potensielt mer enn andre organisasjonsmedlemmer. Dette er ikke alltid tilfelle. Informantene sitter av og til igjen med følelsen av ikke å bli hørt eller respektert. Dette er en del av de utfordringer som ledere av spesialisthelsetjenesten opplever.

På spørsmål om hvordan samarbeid mellom psykologspesialistene og psykiaterne opplevdes, var det forskjellige svar. En de spurte sa: *”Det er ikke noe utpreget samarbeid. De gjør hver sine ting og samarbeider ikke i noe større grad.”* Dette var ikke de andre informantene enige i, de syntes: *”stort sett samarbeider de, noen ganger kan de være uenige, men stort sett går det greit.”*

Sitatet ovenfor viser at de ikke er automatikk mellom samarbeid og profesjon. Det er ikke slik at forholdet mellom spesialistene seg imellom, skiller seg vesentlig ut fra forholdet mellom profesjonene for øvrig.

Informantene beskriver samarbeidet mellom dem som ledere og spesialistene som godt, det beskriver informant 2 slik: *"vi har en svært aktiv fagkoordinator, som er svært flink og sjenerøs, som sender over linker til fagnettsider og lignende. Det setter jeg stor pris på, og jeg skulle ønske det var mer av det."*

I intervjuet var det viktig å få svar på om eventuelle konflikter var knyttet opp mot ledere og spesialister. Mitt inntrykk at det var ingen forskjell på hvilke type fagbakgrunn en behandler hadde, i forbindelse med konflikter. Det virket som om de fleste lederne samarbeidet svært godt med spesialistene, men at det kunne være enkelte unntak, og da spesialist i forbindelse med klinikk møtene, der spesialistene står i en "maktposisjon", i og med at de er spesialist på faget. Dette var mer unntak, enn regelen.

På spørsmålet om hvem som er premiss leverandør for den faglige utviklingen, svarte samtlige informanter, at det var en kombinasjon av nasjonale retningslinjer, spesialistene og fagkoordinatorene. Det var stor enighet at spesialistene sto i en sær-posisjon når det kom til den faglige utviklingen. Og alle lederne var avhengige av disse for å drive faglig forsvarlig virksomhet.

#### **4.4.2 Legitimitet og støtte**

Avdelingslederne er opptatt av legitimitet i avdelingen, og ikke minst hos spesialistene. Jeg spurte om lederne opplevde støtte fra personalet og hos spesialistene.

Informant nr 2 uttaler; *"Det kommer an på hva det er, de enige er de veldig støttende. Hovedsakelig opplever jeg avdelingen som lojale. Eksempelvis, "Beste praksis", er det ikke alle som er enige i innholdet, men vi har alle utført oppgavene. Vi er lojale. Ser at det er prosesser at vi blir enige etter hvert."*

Informant 3 *"Opplever jevnt over støtte, men jeg har opplevd situasjoner hvor spesialist ikke har hatt tid til å hjelpe og støtte meg, men det var i en akuttsak..."*

Sitatene overfor viser at lederne opplever stort sett å få støtte. Der de ikke opplever å få støtte, har det som regel med fordeling av arbeidsoppgaver og ressurser å gjøre. Dette omhandler både spesialistene og avdelingen for øvrig. I følge Jakobsen og Torsvik (2007) er dette en naturlig del av organisasjonskulturen. Alle kjemper for egen sak.

Informant 1 opplever å ha *"Gode støttespillere i egen avdeling og resten av organisasjonen. Vi har ei god ledergruppe på huset der fagkoordinator er med, samt andre spesialister."*

Videre sier informanten: *"vi har jo klinikk som går, og vi kan si det sånn at av og til blir det varmt, men når det gjelder det medisinskfaglige har psykiater stor gjennomslagskraft, men det hender psykiater gjør endringer og hører på oss som går i miljøet hele tiden. Av og til skjærer jeg igjennom, men det går helt greit. Jeg opplever i stor grad å få støtte."*

Sitatene over viser at legitimitet er et av temaene som går igjen, med tanke på spørsmål om ledere uten spesialistkompetanse, kan lede klinikkavdelinger. Spesialistene har legitimitet i kraft av sin utdanning og kompetanse. For de uten spesialistkompetanse vil opplevelsen av å ha legitimitet være knyttet til opplevelsen av å få støtte, både fra spesialistene og de øvrige ansatte i organisasjonen.

Det var stor enighet om at de fleste opplevde å få god støtte fra de ansatte og ikke minst hos spesialistene. Det virker som om at lederne og spesialistene hadde et "tett" forhold, og at det generelt opplevdes som om at spesialistene var på "lederens side" i mange situasjoner. Men det var også et par av informantene som fortalte at de var svært avhengige av en god relasjon til spesialistene, og de var sårbare hvis de ikke hadde en "oppegående" spesialist. Informantene oppgir at deres kompetanse og erfaring gir dem legitimitet i avdelingen, både hos spesialistene og de øvrige ansatte.

Min erfaring er at det er mye enklere å lede en spesialistavdeling hvis leder og spesialist har et godt samarbeid. Som leder er man avhengig av å ha en fagkoordinator som til enhver tid er oppdatert på den faglige utviklingen. Dette er en av de avgjørende faktorene for at avdelingslederne kan oppnå legitimitet og støtte hos avdelingen for øvrig.

## 5.0 ANALYSE

I empirien har jeg gjengitt noen av de svar jeg har fått på spørsmål som er relevant for å besvare problemstillingen. Jeg har også tatt med mine egne erfaringer og sammenlignet disse med informantenes erfaring. I analysekapitlet trekker jeg ut hovedfunn som kom frem i empirikapitlet. Disse var knyttet til det teoretiske fundament. Jeg vil drøfte disse hovedfunne, for å se om jeg har svart på problemstillingen.

Punktene som jeg vil drøfte er: Ledelse og lederrollen. Jeg vil se på ledelse i ekspertorganisasjoner og enhetlig ledelse, om disse til sammen kan utgjøre en egen ledelsesform, såkalt ”hybridledelse” i flg. Krag Jespersen. Til slutt vil jeg drøfte aspekter innen organisasjoner som makt og legitimitet.

### 5.1 Ledelse tar tid

Kravet til lederne er nå blitt helt annerledes, sammenlignet med tidligere på grunn av endrede samfunnsmessige forhold. Paradokset er at i all litteratur som omhandler ledelse, understrekes det at ledere må bli tydelige. I boken til Jan Grund (2006), påpeker han at helsevesenet trenger tydelige ledere som har myndighet til å fatte beslutninger og vilje til å prioritere. I praksis opplever vi ofte det motsatte: en toppledelse som har hovedfokus på produksjon og aktivitet, ikke på ledelse. Det som blir viktigst er å få ting unnagjort, overholde frister og ha nok inntjening. Ikke på å utvikle gode ledere.

I følge Jakobsen og Torsvik (2007) er hensikten med ledelse å påvirke andre i den hensikt å få andre til å arbeide for å realisere et bestemt mål ved å motivere dem og få dem til å trives i arbeidet. Det er det ledelse dreier seg om. Å ha tid til å utvikle lederrollen. Ledere skal, i følge Grund (2006), arbeide med å utvikle rolleforståelse hos seg selv og organisasjonsenheten for å vinne både autoritet og tillit. Som informantene i oppgaven påpeker, innebærer lederrollen mye usikkerhet, skiftninger og kontraster. Dette fordi ledelse også handler om å erkjenne og reflektere rundt om man er i stand til å leve med motsetninger, konflikter, usikkerhet, dilemmaer og tvetydighet (Strand, 2007) Dette støttes av utsagn fra informant, som sier at hun opplever det som viktig å klare å holde ut konflikter, samtidig løfte frem et budskap som hun nødvendigvis ikke er enig i. Lojalitet til toppledelsen, er viktig for avdelingslederne. At det er stor gjennomtrekk i toppledelsen,

gjør ikke hverdagen enklere for avdelingslederne. Informantene i oppgaven forteller at de opplever å ha en klar forståelse av sin rolle, men det har ikke resten av organisasjonen. Noe av forklaringen på dette, kan være utskiftninger av toppledere.

Det kreves mye av avdelingsledere med tanke på oppgaver og oppgavefordeling. Som en informant sier: ”*Det greit å ha ti baller i luften samtidig, men det er vanskelig med femti!*” NOU 1997:2 ”Pasienten først!” gav uttrykk for at den enkelte leder måtte utforme sin personlige rolle, men det sies ikke noe om rekkefølge og prioriteringer. Samtlige informanter i oppgaven forteller om vansker med å prioritere. De skal til en hver tid være oppdatert på data verktøy, rapporter, og faglige retningslinjer. Utfordringene med dette er at på den ene siden ønsker avdelingslederne å ha det totale ansvaret, men på den andre siden, bidrar dette til svært mange arbeidsoppgaver.

Ved Distriktpsikiatriske senter må lederne på lik linje med andre behandlere, bidra i behandlingen av pasienter og ta del i faglige oppgaver. Dette fører til at ledere blir bundet opp i direkte pasientarbeid, samtidig med at de skal lede en avdeling. En av informantene sier at: ”*Den største utfordringen er balansegangen mellom klinisk arbeid og lederoppgaver.*” Denne rammen for ledelse stiller store krav til nåværende og kommende ledere. Ledelsesoppgavene strekker seg over hele feltet og kan ikke begrenses til ett eller to områder.

Paradokser og dilemmaer oppstår når ledere virker over flere felter og må tilfredsstille mange funksjonskrav (Strand 2007). For og ”overleve” og utvikle både seg selv og avdelingene, må man forstå selve kompleksiteten i denne type organisasjon. Selv tror jeg noe av løsningen på dilemma med tid og oppgaver, er evnen til å stå i dette krysspresset. Å tåle å være utilstrekkelig. Å lære å leve med å ikke innfri, og tåle å være upopulær i perioder, både hos dine overordnede og underordnede. Men det må finnes balanse. Du må kunne skille mellom hva som er viktig for deg selv, og hva som er viktig for organisasjonen. Min studie synes å støtte opp om at for å kunne utvikle gode ledere, må vedkommende tid til å finne sin plass, sin identitet, og så må få godt med støtte fra sine nærmeste ledere. Det samme går frem i intervjuene.

## **5.2 Ekspertorganisasjoner og enhetlig ledelse= Hybridledelse**

Å være leder i en ekspertorganisasjon er en utfordring. Dette viser også mine funn. Bakgrunn for problemene skyldes blant annet at fagbyråkratiet har hatt to ulike tradisjoner for styring, fagstyring og administrativ linjeledelse (Ole Berg, forelesningsnotat, Oslo 27.08.09) Den administrative delen av ledelsen i fagbyråkratiet er hierarkisk oppbygd og ledelsen legitimeres gjennom sin posisjon. I følge Strand (2007) er det den faglige kompetansen, erfaringen og respekten for faglig dyktighet, som har gitt ledelsen autoritet og legitimitet. Dette er et synspunkt som deles av informantene. Fremdeles er det slik at lederne opplever at den faglige kompetansen er med på å gi dem autoritet og trygghet. En av informantene i oppgaven synes *”erfaringer fra fagfeltet er et must.”* Det er et utbredt syn blant de fleste lederne at kjennskap til faget er kjernen i deres lederidentitet. Dette sier noe om forventninger til ledere, at de skal ha et godt kjennskap til fagfeltet. Tradisjonelt, ble ansatte med lang erfaring rekruttert som ledere. Dette kan by på utfordringer for ledere som er nyansatt i en avdeling. En av informantene i oppgaven, forteller at det var en utfordring for henne.

At ledere jobber i en organisasjon med at lavt hierarki, samt at medlemmene har stor autonomi, kan være en stor utfordring for ledere (Strand, 2007). En ekspertorganisasjon er en avdeling med sterke fagpersoner. Derfor vil det ofte oppstå uenighet og konflikter. Ved DPS består avdelingene av bl.a. leger, psykologer, sykepleiere og sosionomer. Alle med sin tilnærming, og oppfatning om hvordan en avdeling bør drives og utformes. I tillegg hvilken behandlings -tilnærming og hvilke retningslinjer en bør følge. Det kan oppstå situasjoner der kollegial popularitet versus organisatoriske oppgaver blir en utfordring. Leger og psykologer har stor faglig legitimitet og lederne skal ha autoritet og gjennomslagskraft, samtidig som de er avhengige av personalets tillit og respekt. Dette krever evnen til å skape balanse mellom oppgaver og krav og ha personlig trygghet som leder.

I følge Strand (2007) har ekspertorganisasjoner ofte et noe anstrengt forhold til ledelse. Er spesielt vanskelig å lede? I undersøkelsen kommer det frem at dette ikke nødvendigvis er sant. Det kommer frem at det ikke er store forskjeller mellom de forskjellige ansatte, men hvis konflikter først oppstår, er sårbarheten i organisasjonen større hvis en spesialist er

involvert. Dette kan det selvfølgelig være flere årsaker til. Spesialistene er ofte svært etterspurt på en avdeling. De er i fåtall og dette fører til en større avhengighet til spesialistene, enn til treårige høgskoleutdannede. En av informantene uttrykte tydelig at hun var helt avhengig av å ha en ”oppegående” spesialist for å ha en forsvarlig drift. Med uttalelsen siktet hun til erfaringen med å ha hatt en ansatt en spesialist som hun ikke kunne samarbeide med. Dette bidro til frustrasjoner og en opplevelse av profesjonskamp. Spesialisten så ut til å ikke ville la seg lede av en med tre år høgskoleutdanning. Dette på tross av at vedkommende leder hadde svært lang erfaring innen helsevesenet, både som leder og fagperson. Spesialisten var nyutdannet. Utfordringen komme i takt med at en med lavere faglig kompetanse enn spesialistene, får stillingen som avdelingsledere, eller overordnet administrativ leder (Strand, 2007). Dette har det blitt åpnet for, med tanke på enhetlig ledelse.

### **5.3 Enhetlig ledelse**

Enhetlig ledelse er i følge Myhre (2004) en måte å prøve å kombinere to vidt forskjellige måter å tenke og lede organisasjoner på; en behandlingsfaglig og økonomisk administrativt. Klarer man å bygge bro mellom administrativ/økonomiske krav og den faglige logikken? Det er ikke uproblematisk, i følge informantene jeg brukte i undersøkelsen. De forteller at enhetlig ledelse er utydelig både blant ledere og andre faggrupper. Det kan synes som lite gjennomtenkt å innføre reformer, hvis det ikke er tatt høyde for opplæring, fokus eller tydeliggjøring for de som blir berørt av reformen. Det er ingen tydelige holdninger blant leder generelt, hva det faktisk innebærer å ha enhetlig ledelse.

Det har vært flere diskusjoner rundt hvem som er egnet til å lede en klinisk virksomhet. Hadde det vært enklere hvis alle lederstillinger var besatt av spesialistene? En av informantene i oppgaven, en leder med lang erfaring forteller: ” *når det kommer til det praktiske, i eksempel fagmøter, da opplever jeg at jeg har begrenset kunnskap i forskjellige ting..* ” Vil ikke dette også gjelde spesialistene? Selv om man har spesialistkompetanse innen et avgrenset område, vil man kan komme til kort i andre sammenhenger.



Dersom leger skal inneha lederrolle, kan det bli problematisk at den kompetanse spesialistene har, knyttes opp i mot lederoppgaver. Konsekvensen er at mye tid går bort i administrasjon. Det har vært lange tradisjoner på at legene har hatt lederansvaret, men i følge Torjesen (2007) rømmer legene tilbake til klinikken, de vil ikke utføre den ”kjedelige administrative” delen av ledelse. De vil jobbe med fag.

I NOU1997:2 ”Pasienten først!” viser de ulike endringene til krav om at lederne må ha tilstrekkelig lederkompetanse. I undersøkelsen blant avdelingslederne, kom det frem at det kun var en av fem informanter som hadde lederutdanning. Det var i all hovedsak fokus på ledernes faglige kompetanse. Informantene etterlyste muligheten til lederutdanning, men det synes ikke som om dette var et prioritert område blant toppledelsen.

Ledere står ofte i skjæringspunkt mellom drift og økonomi (Myhre, 2004). At hovedfokus blant avdelingsledere er på den faglige kompetansen, er noe en kan reflektere over, spesielt når sykehusene og helseforetakene blir målt og bedømt på de økonomiske resultat.

## **5.4 Hybridledelse**

Den ”nye” avdelingslederen, som klarer å kombinerer både administrative og de medisinskfaglige oppgaver har fått navnet *hybridlederen* (forskning.no/artikler/2007/mars/1175160039.87).

Essensen av hybridledelse er at ledere skal både arbeide med de overordnede strategier og den daglige drift. Lederen må ha sin oppmerksomhet mot interne og eksterne forhold og skulle kunne bidra konstruktivt til å utvikle både eget område og helheten. Dette forutsetter at ledere er like opptatt av begge sider, både mot den faglige verden og ledelsesverden (Jespersen, 2005).

I undersøkelsen opplever jeg at informantene er opptatt av balanse og evne til å kunne bevege seg mellom fag og økonomi. Dette er viktig både for foretaket, men ikke minst for personene som skal lede en klinisk avdeling. Det kan synes som om ”faget” er det stedet de fleste lederne har sin ”komfort sone”. Det kan oppleves som svært krevende for fagpersoner og ha så stor fokus på økonomi og effektivitet. Men hybridledere vil trolig få mer respekt fra de ansatte i klinikken, både hos spesialister og øvrige ansatte, enn ledere

som kun fungerer som rent administrative ledere. Legitimiteten bygges på kunnskap om faget og evnen til å oppnå administrative målsetninger og resultater.

### **5.5 Rygggraden i organisasjonen: gruppen, individet og ledelsen**

Et sentralt aspekt ved alle organisasjoner er å forstå maktforholdene. Makten, kan være uformell og formell, det vil si knyttet til den posisjon og stilling man har (Jakobsen og Torsvik, 2007). Dette aspektet, synes det som om lederne i undersøkelsen hadde tatt innover seg. Det kom frem at enkelte av lederne opplevde den formelle makt som noe utilstrekkelig. Informant 2 i oppgaven sier: *”Jeg har jo fag, personal og økonomiansvar, men det er jo spesialisten som har vedtaksansvar.”* Dette viser at maktforholdet mellom spesialist og leder ikke er ukomplisert. Slik det er organisert i spesialisthelsetjenesten, sies det i spesialisthelsetjenesteloven (§3-9) *”dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig skal det pekes ut medisinskfaglig rådgiver”*

Dette fører automatisk til at spesialistene tildeles stor makt i en avdeling. Det tyder på at makten ligger til spesielle grupper som utfører kritiske oppgaver.

Andre av de spurte informantene opplevde at deres formelle makt var tilstrekkelig for å drive en faglig forsvarlig drift. De opplevde ikke at de som ledere tildelte spesialistene stor makt. De anerkjente at driften var avhengig av spesialistene, men dette gikk ikke utover deres lederposisjon. I denne undersøkelsen, viser det seg at ledere med lengst erfaring, var de som opplevde at de satt med makten. Det kan virke som at problemer i forhold til legitimitet og makt, oppstår i større grad der lederne er usikre eller nye i sine stillinger.

Konflikter kan vel beskrives som en situasjon der én eller flere parter opplever en annen som et hinder eller som kilden til frustrasjon eller irritasjon (Fischer og Sortland, 2002). Konflikter kan dreie seg om mange ting som prestisje, autoritet og makt. Dette innebærer at lederne blir utfordret i sin rolle som leder (Fischer og Sortland, 2002). Som en av informantene sier: *”Jeg har blitt overkjørt på klinikkmøter, det oppleves ikke som noe særlig. Jeg føler meg da ikke respektert. Det er jo vanskelig, man er jo avdelingsleder for resten av personalet.”* Det fleste opplever å stå i en konflikt som svært ubehagelig, men

konflikter kan også ha positive sider ved seg. Det kan føre til økt forståelse, kanskje bedre problemløsning, og eventuell økt bevissthet på hvilke verdier en vil fokusere på. En av informantene sier: *”Det stille spørsmål at de med treårig høyskoleutdanning kan ta avgjørelser. Det diskuteres på avdelingen og på kammerset, men det er slik det er.”*

Informanten sier noe om at uenighet og eventuelle konflikter er en del av hverdagen til ledere og måten man håndterer konflikter på, vil gjenspeile hvilket syn man har på konflikt. Blir en konflikt effektivt håndtert, kan det bli en drivkraft til å få til endring og gjøre lederne mer trygge.

Et av utgangspunktene for denne oppgaven, var min nysgjerrighet på om det var verre å lede spesialister enn andre fagfolk i avdelingen. Det kommer frem i undersøkelsen at det er overraskende få konflikter mellom ledere og spesialister. Det var ingenting som tydet på at det er et større problem å lede spesialister enn andre faggrupper. Hva det betyr, kan sikker ha forskjellige forklaringer. Noe kan være det som er oppgitt i undersøkelsen, at lederne og spesialistene har et godt forhold. Eller det kan være leders avhengighet til spesialisten som gjør dem sårbare og derved unngår de konflikter. En av lederne påpekte at det var like vanskelig å håndtere en med høyskoleutdanning, som en spesialist. Mange av konfliktene i psykisk helsevern dreier seg ofte om uenighet om ulike syn på målsetting og aktivitetskrav. Dette kan ofte føre til at konflikten blir personifisert og som kan føre til sterke emosjoner, der både enkeltindividet og gruppen føler sin identitet truet. Dette kan gjelde for både leder og spesialister.

Samarbeid og støtte er en av forutsetningene for at ledere skal lykkes i å oppnå målsetting og krav som stilles, både for avdelingen og for foretaket som sådan (Fischer og Sortland, 2002). I denne oppgaven kom det frem i intervjuene, at lederne opplevde samarbeidet med spesialistene som godt. En av informantene beskriver spesialisten slik: *”Vi har en svært aktiv fagkoordinator, som er svært flink og generøs og som sender over linker til fagnettsider og lignende. Det setter jeg stor pris på..”* Samtlige informanter opplever å ha et godt forhold til spesialistene. De sier ikke at uenighet og konflikter ikke forekommer, men de forteller om en generell opplevelse av forholdet mellom dem som ledere og spesialistene.

Samarbeidet spesialistene seg i mellom, ble ikke beskrevet som like bra. En informant sier: *”Det er ikke noe utpreget samarbeid. De gjør hver sine ting og samarbeider ikke i noe*

*større grad.*” Noe av forklaringen på dette kan være at spesialistene ikke er avhengige av hverandre. De er faglig helt autonome og trenger å få kvalitetssikret sine behandlingsfaglige tilnærminger av andre spesialister. En ikke-spesialist derimot, må få godkjent både vedtak, diagnoser og epikriser av spesialist. Eller kan det vise at leder hele tiden må samarbeide med spesialister og derfor utvikler det seg et forhold som er nødt til å fungere, for driftens skyld?

Det kom frem i undersøkelsen at lederne hadde et bevisst forhold til sine ansatte ved å passe på at de hele tiden videreformidlet informasjon som angikk avdelingen. Noen av avdelingslederne understreket sin informasjonsplikt. Dette var en stor del av lederutfordringene. Det viser seg at ledere bruker mye tid på dialog og kommunikasjon i sin hverdag. Sammenliknet med underordnede har en leder unik tilgang til ekstern informasjon og kan skaffe seg informasjon fra alle deler av egen organisasjon (Jakobsen og Torsvik, 2007)

Lederne i intervjuene var opptatt av å se den enkelte ansatte, og var bevisst sin omgang med de ansatte. En av lederne var svært tydelig på at hennes dør var alltid åpen for de ansatte. De kunne komme ”og bare snakke” med henne når de måtte ønske det, eller det kunne være andre og mer alvorlige tema de trengte å ta opp.

Alle lederne i undersøkelsen understreket viktigheten av de ”uformelle” samtalene. Det var ledere som følte de hadde et svært godt arbeidsmiljø, på grunn av den ”uformelle” relasjonen de hadde med både spesialister og øvrige behandlere. Men så snart det ble snakk om klinikk møter og lignende ble strukturene endret. Det var leder som ledet møtene og spesialistene var rådgivere. Dette viser at både den formelle og uformelle kommunikasjonen og dialogen i avdelingen er viktig.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg drøftet hvilke utfordringer ledere uten spesialistkompetanse står overfor når de skal lede en klinisk virksomhet. Jeg hadde i utgangspunktet noen hypoteser som jeg var ganske sikker på å få bekreftet. Det stemmer bare delvis.

Hypotese 1: Spesialistene var vanskeligere å lede enn de med treårig høgskoleutdannelse. Dette er i følge min undersøkelse ikke tilfelle. Det var ingen forskjell på opplevelsen av å lede spesialister versus høgskoleutdannede.

Hypotese 2: Lederne opplevde at deres *mangel* på spesialistkompetanse var med på å bidra til utfordringene med å lede en klinisk avdeling.

De fleste så på det å lede som en stor utfordring. Respondentene ga uttrykk for at det hadde i større grad med andre ting å gjøre enn akkurat deres mangel på spesialistkompetanse. Det ble nevnt at det hadde vært spesialister som hadde innehatt stillinger som avdelingsledere, men disse sluttet da det ble for mange oppgaver for vedkommende. Dette er nok en forenkling av virkeligheten, men det illustrerer at lederstilling er mer enn formalkompetanse.

Hypotese 3: Avdelingslederne i undersøkelsen ville oppgi og ha for liten tid til å utføre oppgavene de var pålagt. Alle informantene var enige at mangel på tid var det som var vanskeligst med avdelingslederrollen. De kom til stadighet i skvis mellom de administrative oppgaver og oppgaver som var mer direkte relatert pasientsaker

Hypotese 4: Å være leder krever evnen til å balansere mellom økonomiske, administrative og faglige oppgaver, uavhengig av om det kalles enhetlig ledelse eller ikke. Denne hypotesen stemmer i følge respondentene. Fokus på balanse mellom fag og økonomi, viser seg å være en egen form for ledelse, som kalles hybridledelse.

Det bør være et fremtidig forskningsprosjekt å studere hybridledelse, og undersøke om det er den type ledelse vi praktiserer. Kanskje er det en slik ledertilpasning man bør ha i helsesektoren, og da kanskje spesielt innen psykisk helsevern?

## LITTERATURLISTE

### Bøker:

Berg, Ole: *Medisinens logikk. Studier i medisins sosiologi og politikk*. Universitetsforlaget, Oslo 1987

Fischer, Grete og Sortland, Nils: *Innføring i organisasjonspsykologi*. Universitetsforlaget, Oslo 2002

Grund, Jan ”*Sykehusledelse og Helsepolitikk – Dilemmaenes tyranni*” Universitetsforlaget AS Oslo 2006

Jespersen, Peter Kragh: *Mellom profesjon og management*. Handelshøyskolens forlag. København 2005

Johannessen, Jan Arild og Olsen, Bjørn ”*Positivt lederskap - Jakten på de positive kreftene*.” Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS Bergen 2008

Opedal Ståle og Stigen, Marie ”*Norge i Støpeskjeen*” Fagbokforlaget 2005

Strand Torodd: ”*Ledelse, organisasjon og kultur*”. 2 utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS Bergen 2007

### Annet:

([forskning.no/artikler/2007/mars/1175160039.87](http://forskning.no/artikler/2007/mars/1175160039.87))

Gjerberg Elisabeth og Sørensen Bjørg Aase. *Enhetlig ledelse – fortsatt en varm potet?* Tidsskriftet for Den norske legeforening nr 8. 2006

Lov om spesialisthelsetjenesten 1999, § 3.9

Myhre, Anne Mia- *Omstilling til enhetlig ledelse i sykehus – Påvirkning på avdelingslederrollen* 2004.  
ATM skriftserie nr 5/2008 Røkkansentret

NOU 1987:2 *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Sosial- og helsedepartementet, 1997

Sosial- og helsedirektoratet Veileder 15-1388 Helsevern for voksne  
DISTRIKTSPSYKIATRISKE SENTRE-  
”*Med blikket vendt mot kommunene og spesialisert sykehusfunksjoner i ryggen*”

Sveri Torgeir: ”*Strukturer og reformer- en kvalitativ analyse av reformen ”enhetlig ledelse” sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*”. Hovedoppgave 2004

Teslo Iren 2002 <http://www.legeforeningen.no/id/10000.0>

Torjesen, Dag Olaf. Foretak, management og medikrati. *"En sektorstudie av helsereformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten"*

ATM- nr 26/2008 Rokkansentret

## Vedlegg

### INTERVJUGUIDE

Yrkes bakgrunn?

.

Utdanning?

Hvilke lederposisjon har du?

.

Hvor lenge har du vært leder?

1. Hvordan vil du definere enhetlig ledelse?
2. Opplever du at vi har enhetlig ledelse ved DPSet?
3. ***Opplever du at enhetlig ledelse er med på å innfri krav om en effektiv drift?***
4. Mener du at ditt faglige ansvarsområde er klart formulert?
5. Beskriv ditt ansvarsområde som leder?
6. ***Hva mener du er de viktigste kompetanseområdene som en leder i denne type stilling må/bør ha? Eller egenskaper***
7. Hvem har det medisinskfaglige ansvaret i din avdeling? Gi noen eksempler på ansvarsfordeling.
8. Hvem har det psykologfaglige ansvaret?
9. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom psykologer og psykiatere?
10. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom deg som leder, og spesialistene?
11. *I hvilken grad opplever du at dine forventninger om samarbeidet med spesialistene blir positivt innfridd? Gi eksempler*
12. I hvilke grad opplever du at dine beslutninger aksepteres av spesialist? Kan du gi eksempler på beslutninger som har blitt akseptert eller ikke akseptert.
13. På hvilket grunnlag styres behandlingstilbudet?
14. Når du foreslår evt faglige driftstiltak, eksempelvis, evidensbasert behandling, møter du ofte motstand eller motforestillinger hos spesialistene?
15. Hvem opplever du er ”premissleverandør” for den faglige utviklingen?
16. Kan du nevne situasjoner der du som leder ikke har blitt hørt eller blitt overprøvd av spesialistene



17. Kan du nevne fordeler og ulemper ved å ha medisinsk-faglig rådgiver i egen virksomhet. Hvordan opplever du å ha en slik rådgiver?
18. Har du som leder noen gang innhentet "second opinion" i saker hvor det har oppstått uenighet?
19. Har du som leder, gode støttespillere i egen avdeling, eller i andre deler av organisasjonen? Får du støtte fra din leder i evt vanskelige situasjoner?
- 20. *Hvilke faglige utfordringer mener du selv at du har som leder, (med utgangspunkt i din egen fagbakgrunn.) Gi eksempler på utfordringer?***
- 21. *Hva bruker du mest tid på som leder.***
- 22. *Hva opplever du er din vanskeligste rolle som leder***
- 23. *Har du spesifikke faglige utfordringer som er knyttet til at du ikke er spesialist?***
- 24. *Tror du spesialister ville hatt de samme faglige utfordringene som ledere?***
25. I hvilken grad synes du at du får støtte fra spesialistene i beslutninger som har med faglige utfordringer å gjøre? Gi eksempler
26. Hvis din overordnede ikke er spesialist, hvordan innhenter vedkommende spesialistkompetanse? Nevn fordeler og ulemper vedr dette.
27. *Hvordan opplever du å lede spesialistene? Er det forskjellig fra å lede andre faggrupper? Nevn eksempler.*
28. Har du noe å tilføye foruten de spørsmål som er stilt?